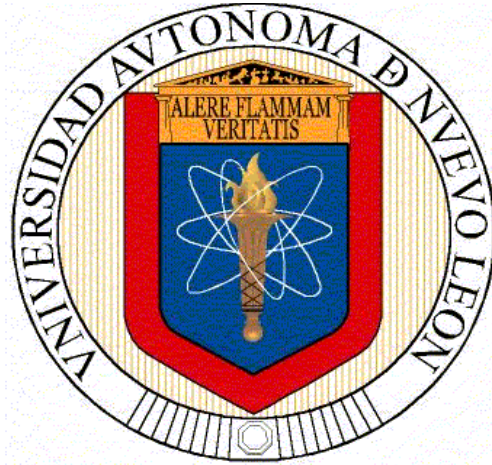


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“EL USO DE LA HIPNOSIS CLÍNICA Y EMDR EN UN CASO  
DE SECUESTRO Y VIOLACIÓN.”**

**PRESENTA**

**GÉNESIS MARYAN ROCHA ANDRADE**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA  
BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES**

**MONTERREY NUEVO LEÓN, MÉXICO, SEPTIEMBRE 2014**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**EL USO DE LA HIPNOSIS CLÍNICA Y EMDR EN UN CASO  
DE SECUESTRO Y VIOLACIÓN.**

**POR:**

**GÉNESIS MARYAN ROCHA ANDRADE**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA  
BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES**

**DIRECTOR**

**DR. ARNOLDO TÉLLEZ LÓPEZ**

**ASESORES**

**BLANCA EUGENIA CAVAZOS C. y MARCO TULIO GARZA G.**

Monterrey, Nuevo León,

a Septiembre de 2014

**EL USO DE LA HIPNOSIS CLÍNICA Y EMDR EN UN CASO  
DE SECUESTRO Y VIOLACIÓN.**

PRESENTA:

ROCHA A. GÉNESIS M.

DIRECTOR DE TESIS:

TÉLLEZ L. ARNOLDO.

ASESORES:

CAVAZOS C. BLANCA EUGENIA.

GARZA G. MARCO TULIO.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN,

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MONTERREY, N.L., MÉXICO.

Génesis M. Rocha  
Facultad de Psicología  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
PRESENTE:

Estimada: Junto con saludarle le informo que con fecha 13 de julio de 2014 hemos recepcionado el artículo "El uso de la hipnosis clínica y EMDR en un caso de secuestro y violación", para su revisión, evaluación y posible publicación en la revista de Terapia Psicológica.

Atentos saludos,

--

**Carol Moraga Aranda**  
Psicóloga Organizacional | Gestión de Apoyo Terapia Psicológica  
Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Ricardo Matte Pérez 484 (ex 492), Providencia, Santiago - Chile  
Fono: +56 2 2209 0286 - Fax: +56 2 2269 8328  
Mail: [terapiapsicologica@teps.cl](mailto:terapiapsicologica@teps.cl)  
Sitio Web: [www.teps.cl](http://www.teps.cl) - [www.scpc.cl](http://www.scpc.cl)

**EL USO DE LA HIPNOSIS CLÍNICA Y EMDR EN UN CASO  
DE SECUESTRO Y VIOLACIÓN.**

Rocha A. Génesis M.

Téllez L. Arnoldo.

Cavazos C. Blanca E.

Garza G. Marco T.

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

### **Resumen:**

Este estudio describe el uso de la Hipnosis Clínica y EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de los Movimientos Oculares) en una mujer con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a causa de un secuestro exprés y violación; que ocurre en un contexto de violencia emocional por parte del esposo, la paciente presentaba crisis de ansiedad, llanto, tristeza además de aislamiento social. Los objetivos terapéuticos fueron eliminar los síntomas, fortalecer la autoestima, el optimismo y la resiliencia. Para medir las variables se empleó la pregunta escala y escalas estandarizadas. En el tratamiento se usó el EMDR para desvanecer los síntomas del TEPT y la Hipnosis para facilitar la abreacción emocional y fortalecer la autoestima. Los resultados muestran disminución de los síntomas, mejorando el bienestar general. Por lo tanto se demostró que el uso combinado de Hipnosis y EMDR es una forma breve además de efectiva en el tratamiento del TSPT.

**Palabras Claves:** Hipnosis Clínica, EMDR, Trastorno del Estrés Postraumático, Violación, Secuestro.

### **Abstract:**

This study describes the use of Clinical Hypnosis and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in a woman with posttraumatic stress disorder (PTSD) because of an express kidnapping and rape; happens in a context of emotional violence by husband, the patient had panic attacks, crying and sadness addition to social isolation. Therapeutic objectives were to eliminate the symptoms, strengthen self-esteem, optimism and resilience. Variables to measure the scale question were used standardized scales. In the treatment EMDR was used to banish the symptoms of PTSD and Hypnosis to facilitate emotional abreaction and strengthen self-esteem. The results show decreasing symptoms, improving overall wellness. Therefore it was demonstrated that the combined use of hypnosis and EMDR is also briefly effectively in the treatment of PTSD.

**Keywords:** Clinical Hypnosis, EMDR, Posttraumatic Stress Disorder, Rape, Kidnapping.

### **Introducción:**

Entre los delitos de alto impacto en México destaca el secuestro, que se refiere a la privación ilegal de la libertad de una persona con el fin de obtener un beneficio (Reyes, 2013). En 2011 fueron denunciados un total de 1344 secuestros. En el 2012 se denunciaron 1307 casos (ONC, 2013).

Jiménez (2002) comenta que “El secuestro es de los ilícitos que más afectan a nuestra sociedad, no solo por la cantidad de privaciones de libertad que se cometen, sino porque cada vez es más violenta la forma de llevarlos a cabo” Actualmente en los secuestros las víctimas son golpeadas, mutiladas y abusadas sexualmente.

Posterior a la violación y al secuestro algunas víctimas presentan un cuadro de estrés postraumático, la intensidad o severidad de este cuadro, depende de diversos factores de los cuales Williams & Poijula (2002) describen:

1. Factores previos al evento: es cuando se presentan situaciones previas menos influyentes a la situación detonante del estrés.
2. Factores durante el evento: Influye si la persona lo vivió o lo presencié y lo que significó el evento, además si se presenta una amenaza continua.
3. Factores posteriores al evento: esto es cuando no se recibió el apoyo social, o si presentó una reacción fisiológica después del evento.

Por lo tanto el Estrés Postraumático se presenta posterior a un acontecimiento grave e intenso, afectando el funcionamiento de la persona y su calidad de vida. Los primeros signos por lo general aparecen en el primer mes posterior a la exposición traumática, en este tiempo los recuerdos son intensos y repetitivos (Breslau, Chilcoat, Kessler, 1995; Kessler, Sonnega, 1995).

Chacón (2006) describe los síntomas del Estrés Postraumático:

1.- Re-experimentación:

- Flashbacks. Sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática.
- Pesadillas. El evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños.



- Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

## 2.- Incremento y activación:

- Dificultades para dormir .
- Hipervigilancia.
- Problemas de concentración.
- Irritabilidad, impulsividad y agresividad.

## 3.- Conductas de evitación y bloqueo emocional:

- Intenso rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático.
- Pérdida de interés.
- Bloqueo emocional.
- Aislamiento social.

Los síntomas aludidos son los que en mayor medida se presentan en la población afectada por el trastorno por estrés postraumático, sin embargo es común observar en la práctica clínica otros problemas asociados al mismo (Frueh, Turner, Beidel, Cahill, 2001; Crowson 1998).

Zatzick (1997), Clum (2000) y Kessler (1995) indican que TEPT esencialmente involucra múltiples trastornos, los más usuales son:

- Los Ataques de Pánico: Se presentan cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático. Estos incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas físicos como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores.

- Depresión: Presentan pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad, ideas suicidas recurrentes.
- Ira y Agresividad: Son reacciones muy usuales entre las víctimas de un trauma.
- Conductas extremas de Miedo: La evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática.

El diagnóstico del Estrés Postraumático en el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), incluye un historial de exposición a un evento traumático que cumpla las estipulaciones y sintomatologías específicas de cada uno de los grupos de síntomas:

Los primeros tratan la intrusión, evitación, alteraciones negativas en las cogniciones, el estado de ánimo, alteraciones en la excitación y reactividad.

El sexto criterio menciona la duración de los síntomas.

El séptimo evalúa el funcionamiento.

El octavo criterio aclara síntomas como no atribuible a una sustancia o condición médica.

Y por último el DSM V menciona dos especificaciones que indican una expresión retardada de los síntomas y un subtipo disociativo del TEPT, una de estas debe presentarse para cumplir el diagnóstico.

### Trauma Complejo:

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o Trauma Complejo, ha sido considerado por diversos autores, cuando presentan múltiples eventos traumáticos que pueden ocurrir en el ambiente social que se supone es seguro.

La exposición al trauma complejo se refiere a los sucesos simultáneos o secuenciales de maltrato, incluido el abuso emocional, abuso sexual, abuso físico y presenciar la violencia doméstica. Por otra parte, la experiencias traumáticas iniciales y posteriormente la resultante desregulación emocional, que es la pérdida de una base segura, pérdida de dirección, y la incapacidad para detectar o responder a las señales de peligro, a menudo conducen a la exposición del trauma complejo (Ide, Páez, 2000).

El Trauma complejo no fue considerado en DSM V, sin embargo algunos autores han sugerido seis grupos de síntomas que son: (1) alteraciones en la regulación de los afectos e impulsos, (2) cambios en la atención o conciencia; (3) alteraciones en la percepción de sí mismo, (4) las alteraciones en las relaciones con los demás, (5) somatización y (6) las alteraciones en los sistemas de sentido (Roth, Newman, Pelcovitz, Van, Mandel, 1997; Pelcovitz, 1997).

### Tratamiento del Estrés Postraumático:

Hay múltiples intervenciones terapéuticas para el trabajo terapéutico en secuestro y violación, como el Psicoanálisis, la Farmacoterapia, la Terapia Cognitiva - Conductual, Terapia Gestalt, Técnicas Humanistas, Desensibilización y Reprocesamiento con Movimiento Ocular (EMDR), Técnicas de Hipnosis Ericksoniana (Harvey, Bryant, Dang, 1998; De Shazer, 1989; Solomon y Shapiro, 2008; Friedman, 2000).

La terapia breve se centra en potencializar las actitudes positivas del paciente, ampliando la capacidad de solucionar sus problemas revisando los cambios y atribuyendo el control al cliente, eso evita que se hagan dependientes a la terapia, ya que la frecuencia es espaciada conforme se da la mejoría, y son alrededor de 10 sesiones; es una terapia cortada a la medida del paciente (O'Hanlon, Martin 1992). Milton Erickson fue el pionero en la terapia breve, utilizando el lenguaje hipnótico para obtener benéficos resultados, dando paso a la combinación de la Hipnosis con otras áreas de la psicología, a lo que se le llama Hipnosis Clínica o Hipnoterapia. (O'Hanlon, Martin, 1992; Watkins & Watkins, 1997; Téllez, 2007).

La Hipnosis es un estado especial de conciencia, producido por un foco concentrado de atención (Téllez, 2007). Los estudios publicados sobre la hipnosis clínica, mencionan que el tratamiento de la hipnoterapia es altamente eficaz, para el paciente que ha presenciado un evento traumático (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, y Spiegel, 2009).

La hipnoterapia posee técnicas eficaces para eliminar las secuelas generadas por el secuestro y violación, ya que se tiene la facultad de hacer una reestructuración a nivel subconsciente además, el tratamiento se presenta en un ambiente seguro, modificando el trauma que produjo, por sugerencias positivas en el subconsciente (Gil, 2007).

Mediante este método es posible mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido el secuestro con violación ya que como menciona Sidney (1986), el cambio se logra de una manera más efectiva y permanente en cuanto el terapeuta se enfoca en cambiar las pautas inconscientes de su paciente, que con frecuencia incluyen sus valores y marcos de referencia.

Otra técnica muy utilizada para eventos traumáticos es el EMDR cuyas siglas son: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, que podría traducirse como

Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento. La técnica fue descubierta por la Dra. Francine Shapiro (Edmond, Rubin, Wambach, 1999), quien menciona que los males psicológicos, que corresponden a un trauma, causan bloqueos en el sistema nervioso y no permite la integración del recuerdo. Por lo tanto, la información relacionada con el trauma permanece encapsulada en los sistemas de la memoria implícita en forma de sensaciones, imágenes o emociones, no integrándose en la memoria explícita.

Shapiro pudo comprobar que ante la aparición de pensamientos perturbadores, sus ojos se movían rápidamente, y a continuación disminuía la angustia asociada a los pensamientos negativos. Posteriormente justificó este efecto una investigación con individuos traumatizados veteranos de la guerra del Vietnam y víctimas de abuso sexual, comprobando que la técnica reducía de manera significativa los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (Justman, 2011).

Es uno de los abordajes psicoterapéuticos que conlleva un componente de reestructuración cognitiva ya que los pensamientos automáticos negativos se reformulan, manteniéndose la persona consciente en todo momento (Wilson, Silver, Covi, Foster, 1996; Solomon y Shapiro 2008).

La técnica se puede utilizar de manera puntual dentro de un paquete de tratamiento más amplio, en el que se trabajen diversos aspectos (Lago Blanco & Larraz Geijo, 2012). Shapiro (1995) afirma que “el clínico debe utilizar la hipnosis o una visualización guiada” para que el cliente se sienta más cómodo, durante la sesión de EMDR.

Existen diversos estudios sobre la combinación de EMDR y la Hipnosis Clínica que indican que, a menudo, los efectos clínicos de ambos son similares, además de resultar benéficos en corto tiempo. (Beere, Simon, & Welch, 2001; Bjick, 2001).

Por lo tanto, se decidió implementar estas técnicas en el siguiente caso debido a la efectividad que proporcionan la Hipnosis Clínica y la EMDR combinadas.

### **Método**

Mujer de 39 años de edad, casada, con dos hijos varones, de 16 y 17 años, con estudios de técnica en asistente ejecutivo, reporta crisis de ansiedad frecuentes después de un secuestro y violación por un grupo de delincuentes, 2 años antes de la terapia.

La intervención se llevó a cabo en un ambiente controlado, con buena iluminación. La intervención terapéutica se desarrolló en un total de 9 sesiones; las primeras 8 con frecuencia semanal y la novena sesión quince días después. El terapeuta que efectuó la intervención es especialista en el tema y la metodología de las sesiones se desarrolló de la siguiente manera (Tabla 1.). En EMDR se evaluó cada ejercicio ejecutado en 3 fases:

La primera fase consistió en disminuir la ansiedad asociada al evento traumático.

La segunda fase redujo la ansiedad relacionada con los pensamientos negativos.

La tercera fase incremento la tranquilidad, mientras se revisaban los pensamientos positivos.

En Hipnosis se eligieron las técnicas adecuadas para facilitar la abreacción emocional y el fortalecimiento de la autoestima.

**Tabla 1. Distribución de Técnicas por sesión**

<b>SESION</b>	<b>EMDR</b>	<b>TECNICAS HIPNOTICAS</b>
<b>1</b>	FASE 1	No se Aplica.
<b>2</b>	FASE 1	Fortalecimiento de la autoestima de Moshe Torem (Téllez, 2007).
<b>3</b>	FASE 2	Metáfora del árbol (Téllez, 2007).
<b>4</b>	FASE 3	No se Aplica.
<b>5</b>	No se Aplica.	Fortalecimiento del ego de Pekala.

6	No se Aplica.	Abreacción silenciosa de Watkins
7	No se Aplica.	Silla vacía hipnótica.
8	No se Aplica.	Alfombra mágica y Autoestima abstracta.
9	No se Aplica.	Silla vacía, Introyecto de Emerson y Autoestima de Watkins.

Antes de iniciar la sesión se le pidió a la paciente respondiera las siguientes evaluaciones:

Escala de Optimismo LOT-R Life Orientation (Scheirer, Carver, Bridges, 1994).

Escala de Resiliencia.

Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (Bellón, Delgado, Luna del Castillo, Lardelli, 1996). Escala de Estrés Percibido (Perceived stress scale, PSS), (González y Landero, 2007).

Escala de Autoestima (Rosemberg, 1986).

La paciente reunió el diagnostico según el DSM V del Trastorno de Estrés Postraumático con la expresión retardada.

A continuación se muestran las notas relatadas por el terapeuta, en cada sesión.

### ***Sesión No. 1***

Al comenzar la sesión se realizó la Entrevista Inicial, de la cual se recabó la siguiente información:

En agosto de 2010 tres sujetos armados con rifles de alto poder intentaron secuestrar a su hijo mayor fuera de su casa cuando jugaba fútbol en la calle con sus amigos; el joven corrió al escuchó varios disparos sin que fuera herido y se metió a la casa de unos vecino, subió al techo y corrió por varias casas, trepó un árbol y logro escapar. Después de ese evento la familia dejó su casa, y se fueron a vivir con la mamá de la paciente, en otro municipio ya

que sospecharon que querían secuestrarlo por motivos monetarios, porque el esposo era comerciante exitoso.

En Febrero del año 2012, a las 10 p.m. su hermana le llamó por teléfono para que fuera por ella a su casa. Al estacionarse en la calle frente al domicilio de su hermana, apareció un hombre y le pidió que abriera la puerta, le pidió el bolso y le dijo que se pasara al asiento del copiloto, a lo que ella asustada, le respondió que se llevara el carro y el bolso pero que la dejara bajar; el sujeto se negó. Otro hombre subió en el asiento trasero, y se da cuenta que un auto va siguiéndolos, como cómplices. Posteriormente la pasaron al asiento trasero y le vendaron los ojos, mientras el auto se mantenía circulando. El automóvil se detuvo y la señora fue trasladada a la cajuela donde uno de los delincuentes se mete con ella para violarla. Mientras tanto los demás captores utilizaban el vehículo para robar a demás personas. Así pasaron 8 horas, en las que la paciente creyó que la iban a matar y pensaba en sus hijos. Después el auto se detuvo nuevamente, los delincuentes se fueron, no sin antes mencionar “déjala, si dice algo ya sabemos dónde vive” y cuando ella ya no escuchó nada, pateó el respaldo del asiento trasero y así fue como pudo salir del vehículo y tomar un taxi a su casa.

Ella reporta que después de esto no tenía con quién desahogarse. Posteriormente capturaron a los agresores y ella se hizo presente en un juicio oral al cual no la pudo acompañar su esposo, para identificar a uno de los delincuentes, quien era un menor de edad; pero no pudo atestiguar debido a que le dio su primer ataque de ansiedad. A partir de este suceso, la paciente presenta ataques de pánico frecuentes, al grado que por causa de tres de estos ataques es hospitalizada; duerme mal y toma Tafil para conciliar el sueño, además que presenta miedo a dormir, pues teme que durante el sueño pueda sufrir un ataque cardiaco.



La paciente llora casi todos los días y sale de su casa muy poco. Su objetivo terapéutico es “dejar de pensar en todo eso” y “borrar los malos recuerdos del matrimonio”

Después de narrar lo ocurrido, la paciente evaluó su ansiedad en una escala del 1 al 10, donde 1 es lo menos y 10 lo máximo, situándola en un grado 10. Luego se le pidió que escriba la historia de lo sucedido y que la leyera; la intensidad de su ansiedad bajó a 6.

## ***Sesión No. 2***

La paciente dijo que se sentía igual que en la primera sesión, pero al reflexionar, dijo que no ha llorado y que ha sido menos frecuente la sensación de la falta de aire.

Se le pidió que leyera lo sucedido, y después de leerlo, dijo tener un tres de ansiedad en una escala del uno al diez.

Posteriormente se le aplicó la técnica del EMDR. Se le pidió a la paciente que narrara mientras seguía con movimientos oculares laterales y hacia arriba, el movimiento de un bolígrafo. Después de un solo ensayo, la paciente reportó su nivel de ansiedad en 1. Inmediatamente después con una modalidad diferente, se le pidió que narrara el evento traumático mientras se le daban unos golpecitos laterales alternados en la parte temporal de la cabeza. Reportó el nivel 1 de ansiedad; además menciona “que había desaparecido la sensación de un nudo en la garganta” Finalmente, se afianzó el logro terapéutico, solicitándole que narrara nuevamente el evento traumático mientras se daba ella misma palmadas en sus muslos en forma alternada. Volvió a tener un nivel 1 de ansiedad en la escala, y dijo sentirse muy tranquila.

Posteriormente, se le aplicó una técnica hipnótica para el fortalecimiento del autoestima de Moshe Torem (Téllez, 2007). De la cual reportó sentirse muy tranquila, y en una escala de

tranquilidad donde 10 era el mayor grado de tranquilidad posible y 1, la ausencia de tranquilidad; ella reportó un 5. .

### ***Sesión No.3***

La paciente presentó una mejoría en el “carácter” ya que anteriormente se mostraba de mal humor, contestaba mal ante cualquier requerimiento de los miembros de la familia. Su esposo y sus hijos percibieron que ahora contesta mejor. Ella dijo que eso era porque antes sentía coraje interno “pero me aguantaba, pero explotaba” pero ya no. La paciente reportó que en la semana no se presentaron los ataques de pánico, solo unos ataques de ansiedad leve, y que antes se presentaban todos los días.

Se inició la fase dos del EMDR. Esta consistió en solicitarle a la paciente que recordara los pensamientos más negativos que pasaron por su mente, durante los diferentes momentos del evento traumático. Los pensamientos que reportó fueron los siguientes:

“A donde me llevan”

“A lo mejor se les dispara el arma”

“Me van a torturar”

“Me van a violar”

“Me van a transmitir una enfermedad”

“No voy a volver a ver a mis hijos”

“De qué manera voy a morir”

“Pánico de que se parara el carro”

”Si piden rescate y mi esposo no puede cubrir la cantidad y me matan”

Luego se le pidió a la paciente que recordara el evento traumático mientras repetía en voz alta las frases negativas anteriormente descritas, sin ninguna intervención. La intensidad de la ansiedad subió nuevamente a 5. Se repitió el procedimiento pero ahora se le dieron

golpecitos laterales en la cabeza mientras duraba el recuerdo del evento y repitiendo las palabras negativas, el nivel de ansiedad se mantuvo en 5. Se repitió el procedimiento y el nivel de ansiedad bajó a 3. En el ensayo siguiente, se siguió el mismo procedimiento, añadiendo un elemento más, se le pidió a la paciente que ahora se golpeará los muslos con las palmas de las manos en forma alternada, la ansiedad disminuyó a 2. En el 4° ensayo se mantuvo en 2 y en el 5° descendió a 1.

Después se le aplicó la técnica hipnótica de “La metáfora del Árbol” (Téllez, 2007) para el fortalecimiento de la autoestima. Al final de la paciente dijo que se había sentido un poco triste porque se había identificado con el árbol en la parte que dice “puedes observar lo alto del tronco y mirar su corteza fuerte y sus marcas, que son como cicatrices y que son el resultado de luchar por sobrevivir contra el viento. . . el sol excesivo. . . y las tormentas de la vida. . . la lucha por sobrevivir lo ha hecho fuerte....” La paciente reportó un 7 en una escala de tranquilidad.

#### ***Sesión No. 4***

La paciente reportó que “No he tenido crisis de pánico en toda la semana, sólo una muy pequeña. En lo emocional me he sentido muy feliz, ya no siento tanto coraje, y ya no me he sentido tan presionada por hacer las cosas del hogar, además ha mejorado mi sueño, antes necesitaba medicamento y ahora no. Es que antes pensaba que si me dormía se me paralizaría mi corazón. Antes dormía 5 horas, ahora duermo ocho” Al preguntarle que si tuviera que llegar a un 100% de mejoría total, en qué porcentaje se sentía en ese momento y mencionó un 60%. Su esposo quien entró a la sesión con ella dijo “La veo muy diferente, muy serena, muy tranquila, yo calculo un 50% de mejoría”

En esta sesión se dio inicio a la tercera fase y última del EMDR. Se le pidió a la paciente que hiciera una lista de pensamientos que la hicieran sentir fuerte, segura, optimista e invulnerable. La paciente construyó las siguientes frases:

“Dios está conmigo todo el tiempo”

“Voy a ver a mis hijos crecer”

“Mi esposo está a mi lado”

“Voy a ver a mis hijos convertirse en profesionales”

“Tengo a mis hermanos conmigo”

“Tengo a mis padres”

“Voy a realizar proyectos que tengo”

“Tengo salud”

“Voy a viajar con mis hijos”

“Voy a ser feliz con mi familia”

Ahora se le pidió a la paciente que recordara el evento traumático mientras repetía en voz alta las frases positivas y de “poder” anteriormente descritas, en cuatro ocasiones. El primer ensayo fue con movimiento ocular, y en una escala del 1 al 10, en la que 10 era el máximo de tranquilidad y relajación, mencionó un 7. Durante el segundo ensayo en lugar de movimientos oculares, se le aplicaron golpecitos alternados en los lados temporales de la cabeza, la paciente evaluó nuevamente un 7. En el tercer ensayo se repitió el mismo procedimiento y reportó un 8, y en el cuarto ensayo reportó un 10. Al concluir, la paciente mencionó que se sentía muy bien. Se le preguntó “¿Hace cuánto no te sentías así?” y respondió “meses, antes no le encontraba sentido a lo que hacía”.

***Sesión No. 5***

La paciente reporta lo siguiente “esta semana no he tenido ningún ataque de pánico, solo un pensamiento negativo (que me va a dar un ataque en el corazón), pero eso lo tenía antes todos los días, y no me dejaba ni dormir, y ahora duermo perfectamente bien. En mi vida diaria soy más tolerante, ya no he ido al hospital (por los ataques de ansiedad), ya no tomo pastillas tranquilizantes (Tafil), porque creo que ya no lo necesito. Lo que no puedo hacer todavía es ver noticias en la televisión, por todo lo que está sucediendo. Es que empiezo a imaginar lo que la víctima sintió, quizá no fue así, pero yo lo imagino, y eso me frustra, me hace sentir mal.” La paciente reportó que la relación con sus hijos iba mucho mejor, con su esposo también. Aunque aquí confesó que hacía 10 años, su esposo tuvo una relación extramarital, y que el hijo mayor también se dio cuenta. Su esposo duró con esa relación 4 años, pero ella lo aceptó sumisamente, nunca le reclamó, hasta que una ocasión le dijo que se fuera de su casa. Sin embargo su esposo poco a poco dejó esa relación en forma definitiva.

En esta sesión se le aplicó la técnica hipnótica de fortalecimiento del ego de Pekala, antes de la aplicación de la técnica presentaba un 7 de tranquilidad. Después de la técnica obtuvo un 10, y comentó: “me sentí completamente feliz, sí, me he visualizado todo el tiempo contenta haciendo lo que me gusta, en la playa con mis hijos y con mi esposo, en casa con mi familia y con mis hermanos. En paz, sin inseguridades, sin miedo, sin temor. Me siento tranquila, una tranquilidad de 10. Con la del árbol (primera sesión de hipnosis) me dio sentimiento. En la sesión anterior me sentí bien, pero con esta me sentí mejor”. La paciente reportó que siente un 75% de avance.

Al terminar la sesión se entrevistó al hijo mayor, quien solicitó terapia por las secuelas del intento de secuestro. Al preguntarle cómo ha visto a su mamá respondió “mi mamá está súper-mega-cambiada, desde la 2ª o 3ª sesión, mi madre ha estado muy diferente a como

era antes, ya no es tan enojona o tan explosiva como era antes, y ahora se le puede ver sonriendo y muy feliz”.

### ***Sesión No. 6***

La paciente llegó a la sesión muy sonriente y reportando que siente más ánimo y muy contenta. Reportó que duerme muy bien, parejito sin despertar. Esta semana no hubo ni un solo ataque de pánico “esta semana me siento mejor y me rio más, antes nada me hacía reír” La paciente reportó que siente un avance del 90% “me falta poco para llegar al 100%, a lo mejor nunca alcanzo el 100%, a lo mejor son cosas que nunca se me van a olvidar, pero puedo tener una buen calidad de vida” En una escala de tranquilidad del 1 al 10, donde 10 es el máximo de tranquilidad posible a experimentar, reportó un 9.

En esta sesión se utilizó la abreacción silenciosa (Helen Watkins, 1985). Al preguntarle si todas las emociones negativas las simbolizara en una piedra, cómo sería esa piedra, y mencionó que sería una piedra de más de un metro, rugosa y oscura; al terminar la sesión dijo que tenía un 9 de relajación, es decir sin cambio. Partió la piedra y se sintió bien el hacer eso, después de partir la piedra, se metió a la cascada de agua cristalina y pura que limpia por dentro y por fuera “el agua estaba muy rica, sentó que el agua se llevaba todo” se sintió muy bien.

### ***Sesión No. 7***

Reportó sentirse muy bien, que ha sentido un gran cambio. Lo que le preocupa es su hijo, porque lo ve encerrado, triste, escuchando música triste. Dijo que se siente a un 90% de mejoría, pero si su hijo estuviera bien ella estuviera al 100%.

Ella reportó que se sentía muy dolida con su esposo, ya que sentía que le causó mucho daño psicológico, para él primero era su familia, sus padres y hermanos, antes que yo y mis hijos. Durante mucho tiempo en mi embarazo no permitía ningún descanso, la casa tenía

que estar en perfecto orden. Antes de llegar a la casa llegaba a casa de sus papás además me hablaba tan fuerte y con tanta seguridad que yo solamente me quedaba callada. Le pedía perdón sin saber por qué, ya que si no lo hacía iba a tardar en volver a hablarme o se iba a ir de la casa”

Cuando terminó de relatar lo anterior sintió un 8 en la escala del dolor emocional del 1 al 10, donde el 10 era el máximo de dolor. Se le aplicó la técnica de silla vacía hipnótica, en la que su esposo apareció.

Se aplicó la silla vacía hipnótica:

T: ¿Quién es el que pasó?

P: es mi esposo, y tiene una expresión muy seria.

T: salúdalo, dile: ¿cómo estás?

P: no puedo reclamarle

T: no le vas a reclamar solo salúdalo.

P: ¿Cómo estás?, “Te quiero decir que nos hiciste mucho daño a mí y a los muchachos. Siempre te ibas y nos dejabas, por muchos días, solos. No sabías si comíamos o no comíamos. Yo me tenía que ir a vender ropa usada, para conseguir para darle de comer a los niños, nos íbamos sin desayunar, y eso tú no lo sabías . Tú te gastabas el dinero con ella, por eso el negocio que tenías quebró. Me tuviste trabajando los nueve meses de embarazo de los dos niños para luego abandonarnos. Antes de llegar a la casa tenías que llegar primero a casa de tus padres, y llegabas ya noche, y mientras yo estaba trabajando todo el día, y a mí me dolía separarme del niño recién nacido. Y tener que dejarle de dar el sustento al niño para atenderte a ti. Tú sabes que el niño esta así por muchas cosas que vio y que tú le mostraste, porque él siente lo mismo que siento Yo. Mucho de lo que el niño está afectado es por eso. Por todo lo que él veía. Primero era tu familia, luego tus hermanos y

después nosotros. Por eso mis hijos no tienen acercamiento con tu familia, tus hermanos, ni siquiera entran a tu casa. Y mis hijos tienen el derecho de tener dos familias, no solo una, la mía.

Ella introyectando a su esposo:

Escucha lo que tu esposo te quiere decir:

Yo ya hable con ella.

### ***Sesión No. 8***

La paciente expresa que se ha sentido perfectamente bien sin ningún ataque de ansiedad. Esta semana fue a un casino sola, sin compañía, ya que solía ir solo en compañía de su hermana. Reporta sentirse a un 95% de avance. Entrevistado aparte, su hijo reporta que percibe que su madre ha avanzado un 90%, porque ya no es tan “asustona” antes veía un carro con hombres dentro y se asustaba, pensando que iban por ella, ahora se asusta pero en grado menor. Se le aplicó la técnica de “la alfombra mágica” y reportó sentirse muy bien, ya que tuvo una infancia de mucho amor, libertad y felicidad, asoció esas emociones al presente, reportando sentir un 10 en escala de tranquilidad del 1 al 10. Posteriormente se aplicó la técnica de autoestima abstracta reportando sentirse más relajada “sentí mucha tranquilidad, nada me pasó por la mente, dejé de escuchar su voz, hubo un lapso que no hubo nada, no sé qué pasó”. También reportó un 10 de tranquilidad, en una escala del 1 al 10.

### ***Sesión No. 9***

La paciente reporta que durante la semana tuvo dos crisis de ansiedad, que ella ve como producto de un problema serio que tuvo con su esposo, aun así siguió durmiendo bien. Ella reportó que se siente con un 4 en una escala de relajación del 1 al 10. La paciente reportó que una de las crisis que tuvo fue después de llegar de jugar en el casino, y otra en su casa



haciendo actividades domésticas. Ella supone que todo fue debido a que una semana antes de las crisis, se fue de vacaciones con su esposo y sus dos hijos; en la noche se fue con su esposo a bailar a una disco, pero estando ahí se mareó, fue al baño a vomitar después su esposo la llevó al hotel, y él le dijo que saldría a buscar a sus hijos, pero descubrió que se regresó a la discoteca a platicar con mujeres. Esa noche le impidió dormir en su cama, pero no le expresó su enojo, lo reprimió; se la pasó mal el resto de las vacaciones. Ella expresó que sentía un nudo en la garganta muy intenso; al preguntarle qué tan intenso era de un 1 al 10, respondió con un 9. Se hizo el ejercicio de la silla vacía hipnótica, donde visualizó a su esposo, le pudo decir todo el resentimiento que sentía; luego, el coraje y el nudo en la garganta desaparecieron. Posteriormente se le disoció, se le sugirió que se pusiera en el lugar de su esposo (un introyecto de Emerson, 2010), para ayudarlo a salir un poco de sus emociones y entender el punto de vista de su esposo. Con este ejercicio entendió que el esposo se sentía solo, ya que generalmente no lo acompañaba a eventos para divertirse y cuando lo hacía se sentía físicamente mal. El “esposo” le pidió perdón por lo sucedido. Al final del ejercicio reportó sentirse en un 9 de tranquilidad en una escala del 1 al 10. Posteriormente se usó la técnica hipnótica de Helen Watkins para fortalecer la autoestima, la cual implica una regresión en edad por varias etapas de su vida hasta el momento de su nacimiento, y después regresar al presente, pasando por las mismas etapas y reestructurando positivamente cada etapa. La paciente reportó sentirse con un 10 de relajación en una escala del 1 al 10, y mencionó “pasé por varios momentos negativos de mi vida, pero de regreso, la mayoría se convirtieron en positivos”.

### **Resultados:**

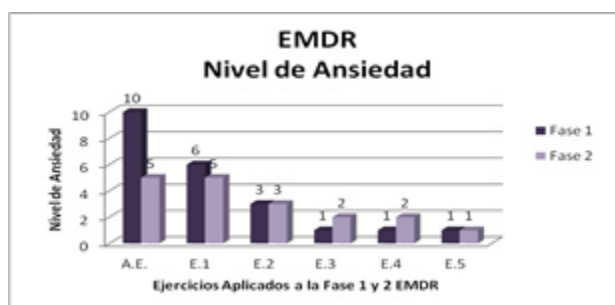
A lo largo del tratamiento se fueron mostrando una serie de cambios que influyeron en las escalas mostradas en la Tabla 2.

**Tabla 2. Resultados obtenidos en la evaluación del tratamiento.**

Instrumentos	Puntuación	Puntuación Pos-
	Pre- Tratamiento	Tratamiento
Escala de Optimismo LOT-R <i>Life Orientation</i> (Scheirer, Carver, Bridges, 1994)	28	38
Resiliencia	104	154
Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (Bellón, Delgado, Luna del Castillo, Lardelli, 1996).	36	44
La Escala de Estrés Percibido ( <i>Perceived stress scale, PSS</i> ) (González y Landero, 2007).	37	28
Escala de Autoestima (Rosemberg 1986)	24	31

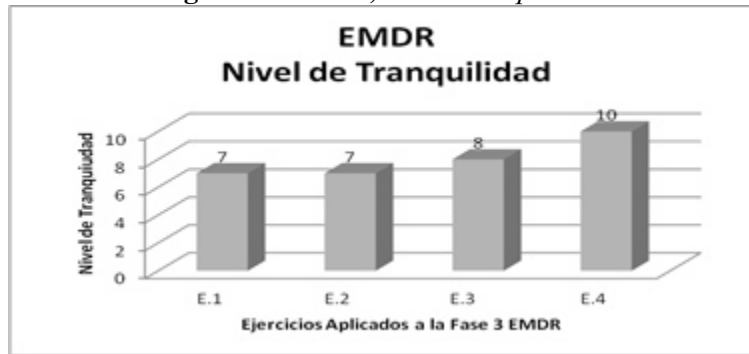
A continuación se observa el avance de la paciente, con las técnicas de EMDR (Figura 1 y 2), se disminuyó la ansiedad que presentaba por el TEPT y en la Hipnosis (Figura 3), muestra el nivel de tranquilidad.

**Figura 1. EMDR, Nivel de Ansiedad.**



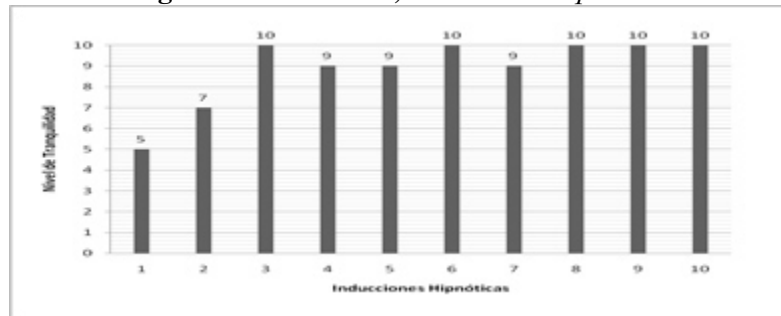
Nota: A.E. se refiere a la escala antes del ejercicio, se hace una comparación de la fase 1 y 2 del EMDR en la cual se aplicaron 5 ejercicios de estas y los resultados muestra una disminución constante, donde el nivel máximo de ansiedad era 10 y el mínimo 1.

**Figura 2. EMDR, Nivel Tranquilidad.**



Nota: La Figura 2 representa una notable mejoría respecto a la tranquilidad. Donde la paciente se ubica en 7 en el Ejercicio 1, siendo el 1 el nivel mínimo y 10 el máximo, el cual lo logra en el ejercicio 4.

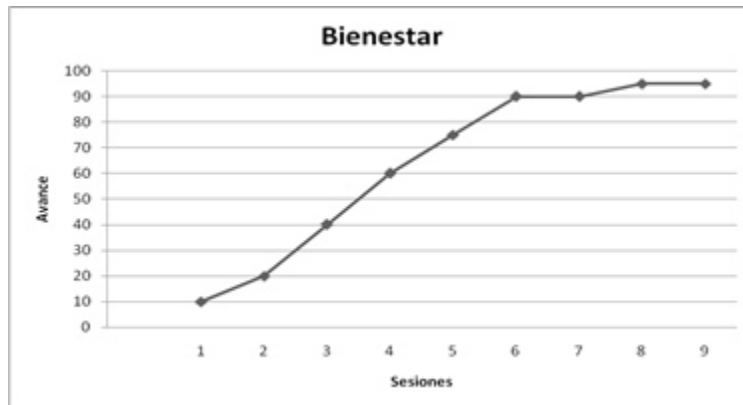
**Figura 3. HIPNOSIS, Nivel de Tranquilidad.**



Nota: La Figura 3 Señala la tranquilidad que la paciente presentaba posterior a cada uno de los 9 ejercicio de Hipnosis, cuando se inicio con la primera inducción mostraba un 5 de tranquilidad y en la segunda incremento su tranquilidad a un 7, posteriormente un 10, bajando a 9 para finalizar en un 10 de tranquilidad, esto era el nivel máximo.

Por último se muestra (Figura 4), el avance obtenido en cada sesión, evaluando de manera general el tratamiento, representado en un Bienestar.

**Figura 4. Escala Subjetiva de Bienestar.**



Nota: La Figura 4 muestra el avance en cada sesión, respecto al bienestar general de la paciente, que está relacionada a su meta terapéutica; al inicio mostraba el nivel mínimo representado por un 10%, en la segunda sesión obtuvo un 20%, en la tercera un 40%, en la quinta un 75% fue incrementando su bienestar, finalizando en la sesión 9 en un 95%,

Respecto a los datos cualitativos, desaparecieron las crisis de pánico, además de poder dormir, obteniendo un sueño reparador, hasta 8 horas seguidas, sin la necesidad de un medicamento, dejó de llorar por el evento traumático, asimismo, pudo salir sin compañía y frecuentar lugares que antes no podía, ya que le recordaban el secuestro, además se mostró más cariñosa con su hijo y comprensiva con su esposo.

### **Conclusión:**

El presente estudio demostró la eficacia en la combinación de la hipnosis y EMDR, aplicada al Trastorno de Estrés Postraumático. La hipnosis se puede utilizar con eficacia para hacer frente a los procesos defensivos en el cliente, reestructurando, relajando, además de lograr elevar su autoestima. El EMDR, muestra un cambio en las creencias y patrones de pensamiento.

En el caso se muestra que la hipnosis y EMDR integradas en el contexto de terapia breve funcionan de manera adecuada; inicialmente, trabajando con EMDR el evento que detonó el Trastorno de Estrés Postraumático, alcanzando la reestructuración; y para el fortalecimiento de la autoestima de la paciente se empleó la Hipnosis, que ayudó a bajar la ansiedad mientras se utilizaba EMDR.

Después de erradicar los síntomas del TEPT se trabajó el Trauma Complejo generado por la violencia emocional del esposo, reforzando la autoestima y su autoconcepto. En este sentido, EMDR y la Hipnosis Clínica resultaron ser herramientas útiles que proporcionan un mayor beneficio al cliente.

### **Referencias:**

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (5<sup>a</sup> ed.). Washington.

Beere, D. B., Simon, M. J., & Welch, K. (2001). Recommendations and Illustrations for Combining Hypnosis and EMDR in the Treatment of Psychological Trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis* , 203-216.

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. & Lardelli, R (1996). Validez y habilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.

Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C. (1995), Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex differences in posttraumatic stress disorder, *Psychol. Med.*, 29, 813-21.

Bjick, S. (2001). Accessing the Power in the Patient with Hypnosis and EMDR. *American Journal of Clinical Hypnosis* , 203-216.

Cardena, E., Maldonado, J., van der Hart, O., & Spiegel, D. (2009). Hypnosis. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed., pp. 427–457). New York: Guilford.

Chacón Fernández, J. (2006). Trastorno Por Estrés Postraumático. Concepto, Evidencias Y Pseudoevidencias De Evaluación Y Tratamiento En El Siglo XXI. 7º *Congreso Internacional De Psiquiatría Intersiquis*, (págs. 1-23)

Clum G.A. (2000), Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 164, 1908–1916.

Crowson J.J. .(1998), Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 1998, 12, 605-612

De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Editorial Paidós.

Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

Friedman, M.J. (2000). *Post- Traumatic Stress Disorders: The Latest Assessment and Treatment Strategies*. Kansas City, Mo.; Compact Clinical.

Frueh B.C., Turner S.M., Beidel D.C., Cahill S.P., (2001) Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD, Aggression and Violent Behavior: A Review *Journal*, 2001, 6, 79-90.

Gil, I. (2007). *Hipnosis, el camino fácil*. Recuperado el 15 de Marzo de 2012, de Hipnosis, el camino fácil: <http://www.hypnosisgate.com/abuso.html>.

González, M.T. y Landero, R. (2007). *Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico*. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.

Harvey, A. G., Bryant, R. A., y Dang, S. T. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500-506.

Ide, N.; Paez, A. (2000). "Complejo de trastorno de estrés postraumático: una revisión de los problemas actuales". *Revista internacional de la salud mental de emergencia* 2 (1): 43-49.

Jiménez, René, El secuestro; uno de los males sociales del mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México 2002.

Justman, S. (2011). The power of rhetoric: two healing movements. *Yale Journal Biology and Medicine*, 15-25.

Kessler R.C., Sonnega A. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry* 52, 1048-60

Lago Blanco, E., & Larraz Geijo, G. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE* , 45-56.

O'Hanlon, William; Martin , Michael;. (1992). *Solution - Oriented Hypnosis*. Nueva York : W.W. Norton.

Observatorio Nacional Ciudadano De Seguridad, Justicia Y Legalidad, *Estudio Sobre los 5 Delitos de Alto Impacto Enero 2012 – Abril 2013*, México, 2013, p. 15.

Ramos Lira, L., Saldivar Hernandez, G., & Medina, M. E. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Publica de México* , 221-233.



Reyes, Laura. "Extorsiones y secuestro provoca el éxodo de comerciantes" en *CNN México*  
<http://mexico.cnn.com/nacional/2013/08/16/extorsiones-y-secuestros-provocan-exodo-de-comerciantes-en-guerrero> (16.ago.2013.18.ago.2013)

Roth, S.; Newman, E.; Van Der Kolk, B.; Mandel, FS (1997). "Complejo de TEPT en las víctimas expuestas a abuso sexual y físico: Los resultados de la prueba de campo del DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático". *Journal of Traumatic Stress* 10 (4): 539-555.

Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Krieger.

Scheirer, M.F., Carver, C.& Bridges M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: protocols, and procedures*. New York: The Guilford Press.

Solomon, R & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 2, Number 4, pp 315-325.

Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un enfoque Ericksoniano*. México, Trillas.

Watkins, J., & Watkins, H. (1997). *Ego States: Theory and Therapy*. Nueva York: W. W. Norton.

Willans, M.B. & Poijula, S. (2002) The PTSD Workbook. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.

Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G. y Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219-229.

Zatzick D. (1997); Stewart. *Military Medicine*, Vol 162(10), 1997, 661-665.